

**HOSPITAL I TINGO MARIA — ESSALUD**  
**ORDEN DE EXAMEN POR CONVENIO ESSALUD - MINSA (TOMOGRAFIA / MAMOGRAFIA)**

Paciente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**EXAMEN SOLICITADO (marque uno):**

☐ TOMOGRAFIA ☐ MAMOGRAFIA BILATERAL

**SOLO SI ES TOMOGRAFIA — Region / toma (marque una):**

|                                                        |                                                |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CEREBRAL                      | <input type="checkbox"/> TORAX                 |
| <input type="checkbox"/> ABDOMEN COMPLETO              | <input type="checkbox"/> ABDOMEN - PELVIS      |
| <input type="checkbox"/> UROTEM (RENAL/VIAS URINARIAS) | <input type="checkbox"/> COLUMNA               |
| <input type="checkbox"/> CUELLO / TEJIDOS BLANDOS      | <input type="checkbox"/> OTRA (escribir abajo) |

Otra region / detalle: \_\_\_\_\_

Contraste: ☐ CON CONTRASTE ☐ SIN CONTRASTE

Diagnostico presuntivo: \_\_\_\_\_

Medico tratante: \_\_\_\_\_ CMP: \_\_\_\_\_ Firma y sello: \_\_\_\_\_

→ Entregue esta orden al PACIENTE e indíquelo acercarse al MODULO DE ADMISION de EsSalud, donde generaran su referencia y le enviaron su cita por WhatsApp.

-----  
>>> recortar

**HOSPITAL I TINGO MARIA — ESSALUD**  
**ORDEN DE EXAMEN POR CONVENIO ESSALUD - MINSA (TOMOGRAFIA / MAMOGRAFIA)**

Paciente: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**EXAMEN SOLICITADO (marque uno):**

☐ TOMOGRAFIA ☐ MAMOGRAFIA BILATERAL

**SOLO SI ES TOMOGRAFIA — Region / toma (marque una):**

|                                                        |                                                |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CEREBRAL                      | <input type="checkbox"/> TORAX                 |
| <input type="checkbox"/> ABDOMEN COMPLETO              | <input type="checkbox"/> ABDOMEN - PELVIS      |
| <input type="checkbox"/> UROTEM (RENAL/VIAS URINARIAS) | <input type="checkbox"/> COLUMNA               |
| <input type="checkbox"/> CUELLO / TEJIDOS BLANDOS      | <input type="checkbox"/> OTRA (escribir abajo) |

Otra region / detalle: \_\_\_\_\_

Contraste: ☐ CON CONTRASTE ☐ SIN CONTRASTE

Diagnostico presuntivo: \_\_\_\_\_

Medico tratante: \_\_\_\_\_ CMP: \_\_\_\_\_ Firma y sello: \_\_\_\_\_

→ Entregue esta orden al PACIENTE e indíquelo acercarse al MODULO DE ADMISION de EsSalud, donde generaran su referencia y le enviaron su cita por WhatsApp.